

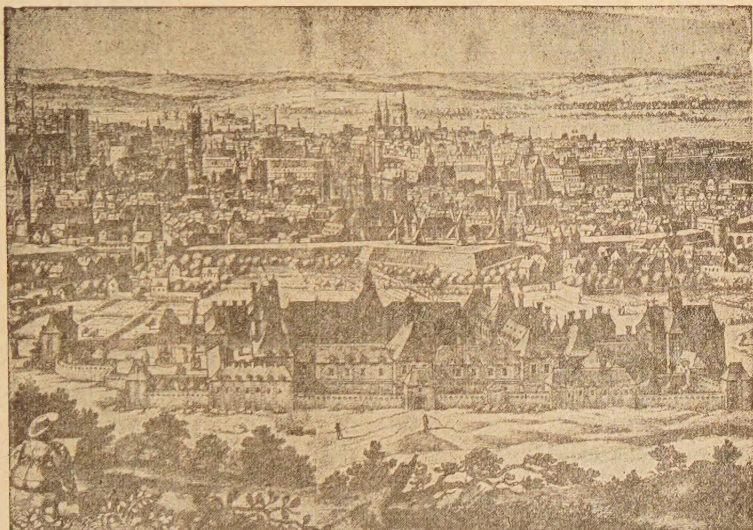
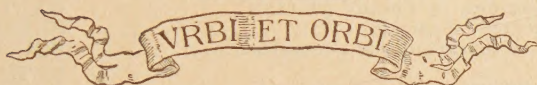
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Janvier 1907, à 1 heure

PAR

R. COLOMBEL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de Saint-Lazare



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Les Cardiopathies chez les Psoriasiques

Leur Origine Rhumatismale

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges { *MM. KIRMISSON, professeur*
TEISSIER, agrégé
LEGUEU, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUE, 15, RUE RACINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie.....	POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	SEOND
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.....	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GRANCHER
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	TERRIER
	BERGER
	RECLUS
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	BUDIN
	PINARD
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMLIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

Hommage respectueux.

Les Cardiopathies chez les Psoriasiques

LEUR ORIGINE RHUMATISMALE

CHAPITRE I

Nous avons eu, au début de nos études médicales, l'occasion d'observer dans le service de M. le docteur Charles Nicolle (de Rouen) un malade atteint simultanément d'un psoriasis et d'une lésion cardiaque.

Le sujet avait été, antérieurement à l'apparition de la dermatose, atteint de rhumatisme articulaire aigu. Il mourut d'une pneumonie nosocomiale, et l'autopsie qui fut faite, confirma le diagnostic d'insuffisance mitrale, posé du vivant du sujet.

Ayant entendu, plus tard, parler d'une théorie pathogénique rattachant le psoriasis au *rhumatisme articulaire aigu* (théorie de Boeck), nous avons, dans la suite, au cours de quatre années consacrées à l'étude de la dermatologie, systématiquement

recherché cette affection dans les antécédents des psoriasiques, et toujours ausculté le cœur des nombreux sujets atteints de cette maladie, que nous avons eu l'occasion d'observer dans les services hospitaliers et les consultations spéciales. Agissant de la sorte, nous avons eu la bonne fortune de pouvoir réunir un assez grand nombre de cas analogues au précédent.

Beaucoup de psoriasiques ont été atteints de rhumatisme articulaire aigu ; il est possible d'en faire chez eux le diagnostic rétrospectif.

Chez ces malades on peut trouver des signes de cardiopathies : lésions valvulaires ou autres.

Nous n'avons nullement l'intention de nous occuper, au cours de ce modeste travail, des manifestations articulaires survenant si fréquemment au cours du psoriasis.

Le terme de « rhumatisme » peut induire en erreur. De très remarquables travaux ont été faits au sujet des arthropathies chroniques chez les psoriasiques ; mais, comme cette question est un peu en dehors de notre sujet, nous nous bornerons à en donner l'indication bibliographique.

Le but de notre travail est donc le suivant :

1^o *Relater des cas (observations personnelles) de psoriasiques, chez lesquels on trouve des signes de lésions cardiaques.*

Rechercher dans les antécédents de ces malades le rhumatisme articulaire aigu, en nous efforçant de bien distinguer la « polyarthrite aiguë fébrile rhu-

matismale » des manifestations articulaires si fréquentes chez les psoriasiques.

2° *Après avoir relaté ces faits cliniques, nous allons essayer de montrer qu'à ces deux affections coexistantes, l'une viscérale, l'autre cutanée, il y a vraisemblablement une commune étiologie : le rhumatisme.*

Résumant, aussi brièvement que possible, les diverses théories émises sur la pathogénie du psoriasis, nous montrerons que ces opinions, en apparence absolument contradictoires, pourraient peut-être être conciliées, et qu'il est possible d'être éclectique dans bien des cas, où l'on trouve le rhumatisme articulaire aigu préexistant à l'apparition de la dermatose.

La constatation de cardiopathies, chez les psoriasiques, plaide en faveur de cette théorie rhumatismale, un peu oubliée à l'heure actuelle.

3° *Nous aborderons l'intéressante question des métastases à un point de vue particulier :*

La dermatose a-t-elle une influence quelconque sur l'évolution de l'affection cardiaque? Y a-t-il en dehors du rapport causal « sympathie » entre les deux affections ?

A ce propos, nous citerons en entier une observation fort curieuse, tirée de la thèse d'agrégation de Quinquaud : « Métastases », 1880. Cette observation a été recueillie par M. le professeur Gaucher, lorsqu'il était interne à l'hôpital Saint-Louis.

4° *Nous tirerons de la thérapeutique un argu-*

ment nouveau en faveur de la théorie rhumatismale du psoriasis.

Les conclusions qu'on trouvera à la fin de cette étude pourront peut-être paraître audacieuses. Des auteurs distingués ont récemment publié des travaux sur la pathogénie du psoriasis.

Ceux qui voudraient bien nous faire l'honneur de nous lire, nous excuseront de n'être pas tout à fait orthodoxe en la question. Qu'ils veuillent bien prêter attention à la partie clinique de notre travail.

Nous croyons bien faire en signalant un fait clinique intéressant, à notre modeste avis ; et dont la littérature médicale ne semble pas, jusqu'ici, s'être occupée.

La question de la pathogénie du psoriasis est bien obscure ; nous ne savons même pas si le psoriasis est « *une entité morbide ou un syndrome cutané* » (1).

Loin de nous la prétention de vouloir émettre une pathogénie nouvelle sur le psoriasis, et de pouvoir résoudre une question si controversée. Ce serait bien de l'audace pour notre humble personnalité.

1. Aubry, in Brocq et Jacquet. *Pratique dermatologique*, article « Psoriasis ».

CHAPITRE II

Nous avons observé une vingtaine de psoriasiques chez qui on pouvait faire avec quasi-certitude le diagnostic rétrospectif de rhumatisme articulaire aigu d'après les commémoratifs ; ces sujets avaient les uns un cœur normal, les autres des lésions valvulaires que l'on découvrait à l'auscultation.

Chez bon nombre de psoriasiques nous avons cru trouver un cœur anormal, ou tout au moins de légères modifications du rythme cardiaque.

Nous ne relaterons ici que dix cas, dans lesquels la lésion viscérale était absolument certaine.

OBSERVATION I

Service de M. le Dr Ch. Nicolle. Hospice général de Rouen, office X, lit n° 8.

Robert T..., trente-trois ans, débardeur au port de Rouen ; alcoolique ; pas d'antécédents héréditaires. Aurait eu à l'âge de vingt-deux ans, étant soldat, une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Le diagnostic rétrospectif semble assez facile à établir. Le sujet aurait été malade pendant trois semaines, alité, avec une forte fièvre ; les genoux, une épaule et un cou-de-pied auraient été particulièrement douloureux. Le malade affirme bien nettement qu'on avait constaté une température élevée à l'hôpital militaire, où il était traité, qu'il n'avait pas de blennorragie à cette époque (ce fait élimine l'idée d'un pseudo-rhumatisme infectieux). De plus, il se souvient fort bien qu'on lui faisait prendre tous les jours six paquets d'une poudre blanche, amère (salicylate de soude ?)

Au bout de trois semaines environ, guérison complète au dire du malade.

A sa sortie du régiment, Robert T... a exercé le métier de coiffeur pendant quatre ans, puis de débardeur sur les quais du port de Rouen ; santé parfaite.

Vers l'âge de vingt-sept ans, le malade s'aperçoit qu'il a une affection cutanée, caractérisée par des plaques rouges, squameuses, apparues sur les genoux, les bras, et quelques « taches » sur le front.

Néglige de se soigner, boit beaucoup, en particulier de l'absinthe. L'état général reste bon.

En novembre 1897, premier séjour à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour une fracture de jambe ; aussitôt guéri il entre à l'Hospice Général, service du docteur Chaboux (affections cutanées et vénériennes) pour y soigner son psoriasis.

En 1899 (novembre), quatrième séjour à l'hôpital. En juin 1900 nous avons eu l'occasion d'observer ce sujet ; il est bien connu du personnel de l'hôpital, vient fréquemment à la consultation pour demander un bulletin d'admission, ou un bon de secours, lorsqu'il est sans travail.

On a, par hasard, découvert chez lui une insuffisance mitrale, et il exploite cette infirmité pour se faire recevoir tantôt dans un service de médecine générale, tantôt dans le service des affections cutanées.

Mais l'état général du sujet est excellent ; c'est un homme vigoureux, la lésion cardiaque paraît bien compensée ; il n'a point de dyspnée, point d'œdème des jambes, pas d'albumine dans les urines.

Son affection cutanée ne présente rien de particulièrement intéressant, c'est un « *psoriasis inveterata* » banal, combinaison des deux variétés « *gyrata* » et « *guttata* ». On remarque quelques éléments sur le front, les oreilles ; nombreux éléments sur le tronc, les bras, localisation classique aux coudes et aux genoux, psoriasis du gland et du scrotum.

L'examen du cœur révèle les phénomènes suivants : à la *palpation*, frémissement cataire systolique ; à l'*auscultation*, souffle systolique fort se propageant vers l'aisselle, ayant son maximum à la pointe.

Le 4 juillet 1900, le malade qui se portait très bien jusque-là, qui était traité par le glycérolé cadique, et « intus » par l'arsenic sous forme de liqueur de Pearson, est pris brusquement de vomissements, céphalalgie, frissons, à dix heures du matin. A midi la température rectale est de 40° 1. Le pouls aux environs de 110.

Il y a eu dans la salle deux cas de pneumonie.

Le 5 juillet, le malade se plaint d'une douleur thoracique violente qu'il localise à la partie supérieure gauche du thorax.

La dyspnée est violente, on compte plus de trente respirations à la minute. Face cyanosée.

Submatité au sommet gauche, pas de râles.

Le soir, le malade est agité, délire continuellement, veut se lever. Pousse des cris. Dyspnée de plus en plus intense. Le poulx qui, quelques jours auparavant était petit, fréquent, mais régulier, un vrai poulx de mitral, est à présent irrégulier, incomptable, on remarque des faux pas du cœur. A l'auscultation on n'entend plus de souffle de la pointe.

Dans la nuit du 5 au 6. — Mort au milieu d'un véritable accès de delirium tremens.

Le 8 juillet. — Autopsie.

Poumons. — Pneumonie du sommet gauche, encore à la période d'engouement. Un fragment de la partie malade jeté dans l'eau ne surnage qu'imparfaitement.

Cœur. — Hypertrophié, globuleux, ventricule gauche dilaté.

Epreuve de l'eau positive, le liquide reflue dans l'oreillette quand on presse le ventricule gauche entre les mains.

Le myocarde est mou, dégénéré.

Il existe des rugosités sur le bord libre de la mitrale.

Le foie est volumineux, congestionné, un calcul existe dans la vésicule.

La rate est putréfiée.

Les reins paraissent sains.

L'encéphale n'a pas été examiné.

OBSERVATION II

Service de M. le professeur P. Olivier. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle Leudet, lit n° 21 : novembre 1900.

Psoriasis, insuffisance aortique

M..., âgé de 29 ans, ouvrier charpentier, entré à l'hôpital le 7 novembre 1900 pour bronchite¹ grippale.

Parents bien portants, une sœur atteinte d'une maladie de peau (psoriasis ? ?).

M... a été atteint vers l'âge de six ans d'une rougeole avec bronchopneumonie.

A treize ans, le malade aurait été atteint d'une douleur à un poignet, et aux deux cous-de-pied, aurait été soigné au service des Enfants par le Dr Ballet (de Rouen).

Malheureusement le malade ne peut donner de plus amples renseignements sur cette maladie d'enfance.

Vers l'âge de 17 ans, se serait aperçu de son affection cutanée, qui a été traitée, dit-il, par un pharmacien. Dans la suite, a suivi beaucoup de traitements plus ou moins sérieux.

L'examen de cet organe permet, en effet, de constater les phénomènes suivants, caractéristiques d'une insuffisance aortique :

Auscultation. — Souffle au second temps à la base, souffle très doux, s'entendant au niveau de la poignée du sternum, se propageant dans le deuxième espace intercostal droit.

Le poulx est caractéristique, ample, bondissant, dépressible,

c'est le pouls de Corrigan, typique ; quant à la dermatose c'est un psoriasis assez discret, variété GUTTATA, éléments peu nombreux, disséminés sans ordre sur le tronc et les membres, face indemne ; au coude on obtient facilement le phénomène classique de la « tache de bougie ».

Les ongles sont minces, striés, présentant un pointillé noirâtre, ongles de psoriasique.

OBSERVATION III

Service de M. le Dr de Beurmann. — Hôpital Broca,
juin 1901.

Insuffisance mitrale et psoriasis

Juliette X..., infirmière salle Van Swieten, âgée de trente ans, est entrée en 1896 comme malade, était atteinte d'une poussée aiguë de psoriasis.

Est restée dans le service comme infirmière.

Aurait été considérablement améliorée au point de vue de l'affection cutanée par plusieurs traitements à l'huile de cade, et par l'iodure de potassium à l'intérieur.

Larges éléments psoriasiques squameux, pâles sur les bras, ayant résisté au crayonnage à l'acide chrysophanique. L'affection est ancienne, remonte à la première enfance.

Se dit atteinte d'une affection cardiaque remontant elle aussi à l'enfance.

L'auscultation du cœur révèle, en effet, un souffle de la pointe, ayant tous les caractères d'un souffle organique, et se propageant vers l'aisselle,

Cette lésion valvulaire paraît mal compensée, l'état général est mauvais, la malade a l'aspect d'une chlorotique ; dyspeptique, se plaint de palpitations et de dyspnée. Est essoufflée lorsqu'elle monte les quelques marches qui conduisent à la salle où elle est employée.

Elle a quelquefois de l'œdème des jambes le soir ; à deux intervalles éloignés, le pharmacien de l'hôpital a constaté de petites quantités d'albumine dans les urines.

N'en présentait toutefois point en juillet 1901, date de la présente observation.

La malade n'a aucun souvenir d'avoir été atteinte de rhumatisme pendant l'enfance.

OBSERVATION IV

Hôpital Broca. Service de M. le Dr de Beurmann.

Salle Boulley n° 2. Août 1901.

M^{me} P..., quarante-cinq ans, ménagère.

Sort du service de M. le professeur Pozzi, où elle a été opérée par M. le Dr Jayle, d'un fibrome. Entre salle Boulley, plutôt pour se reposer que pour soigner le psoriasis dont elle est atteinte.

La dermatose a débuté vers l'âge de dix-huit ans

A vingt-deux ans, grossesse, accouchement à terme, normal.

Pas d'affections d'ordre médical. Depuis l'âge de quarante-deux ans, hémorragies fréquentes et abondantes dues à un utérus fibromateux.

A subi l'opération de l'hystérectomie en juin 1901.

Etat général pas très bon, degré très marqué d'anémie que peuvent expliquer les métrorrhagies précédentes.

Psoriasis discret, éléments papuleux sur le tronc et les membres. Le cuir chevelu présente des squames abondantes, un élément psoriasique à l'angle externe de l'œil droit.

La paupière inférieure de ce côté est le siège d'une inflammation chronique qui semble bien sous la dépendance du psoriasis.

Larges placards à squames imbriquées sur les genoux.

Examen du cœur. Aortite. — Premier bruit est rude, souffle se propageant dans la direction de l'aorte.

Le poulx est petit et dur.

OBSERVATION V

(Consultation de l'hôpital Pascal. Broca.)

(Service de M. le Dr Brocq, 15 novembre 1901.)

Psoriasis. — Asystolie.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans environ qui a été autrefois soignée dans le service de M. Brocq pour un psoriasis très ancien.

A eu fréquemment des douleurs articulaires, mais ne peut donner de renseignements au sujet du rhumatisme articulaire aigu.

Depuis longtemps, essoufflée, sujette aux palpitations, à l'œdème des jambes.

Se présente à la consultation la face cyanosée, avec une dyspnée très marquée, œdème des paupières.

M. le Dr Brocq demande à un externe d'examiner le cœur de cette femme et de rechercher l'albumine dans les urines.

On sent les battements du cœur très bas, le choc est diminué d'intensité ; à la percussion l'aire de matité cardiaque est sensiblement augmentée.

A l'auscultation, on constate que les bruits du cœur sont rapides, affaiblis, irréguliers. On n'entend pas de souffle.

Râles nombreux aux bases des poulmons, albuminurie.

La malade est dirigée sur l'hôpital Cochin.

OBSERVATION VI

(Consultation de l'hôpital Saint-Louis, 8 janvier 1904.)

Psoriasis. — Rétrécissement pulmonaire (Diagnostiqué par le professeur Potain).

Le sujet est âgé de cinquante-quatre ans. Aurait eu vers l'âge de 20 ans des douleurs rhumatismales. Le psoriasis serait apparu vers l'âge de vingt-sept ans.

C'est un habitué de la consultation de Saint-Louis, où il vient souvent demander des bons de secours.

Est atteint d'un psoriasis généralisé sans rien de particulièrement intéressant.

Déclare de lui-même être atteint d'un rétrécissement pulmonaire, avoir été soigné à diverses reprises par le professeur Potain, et présenté par lui à des leçons cliniques.

Examen du cœur. — Souffle systolique de la base, rude, ayant son maximum au niveau du deuxième espace intercostal gauche. Pouls régulier.

L'état général est bon.

Un an après, en juillet 1905, étant dans le service de M. le Dr Hallopeau, nous avons revu le même malade, à la consultation de Saint-Louis. L'état du cœur ne paraissait pas avoir changé, mais on trouvait des signes non équivoques de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION VII

Hôpital Saint-Louis. Consultation externe, 13 avril 1904.

Homme de quarante-trois ans. Cordonnier.

Psoriasis généralisé (cuir chevelu, face, oreilles, tronc, larges placards sur les bras ; localisations aux coudes, aux genoux aux plis inguinaux, scrotum, gland), psoriasis des ongles.

Cœur, souffle d'insuffisance mitrale. — Lésion bien compensée. N'a pas eu de rhumatisme articulaire aigu, à sa connaissance. Douleurs dans les genoux et la région lombaire.

OBSERVATION VIII

Service de M. le Dr Auclair. Consultation de médecine de la Pitié, 1^{er} septembre 1905.

Psoriasis. — Maladie mitrale.

Jeune fille de vingt ans vient consulter pour des palpitations.

Aurait eu à l'âge de seize ans une attaque très grave de rhumatisme articulaire aigu, avec complications cardiaques, soignée à l'Hôtel-Dieu, service de M. le Dr Dieulafoy.

Depuis cette époque, dyspnée, toux fréquente, accès de pal-

pitations survenant après le moindre travail, le moindre effort.

On remarque au front trois ou quatre éléments papuleux arrondis, desquamant sur les bords, de couleur cuivrée qu'on pourrait au premier examen prendre pour des syphilides. Mais localisation caractéristique du psoriasis aux deux coudes.

La jeune fille prétend que ces manifestations cutanées datent de deux ans.

Examen du cœur. — Voussure thoracique marquée.

Matité étendue dans le sens transversal.

Pointe bat dans le septième espace en dehors de la ligne mamelonnaire. Choc énergique de la pointe à la palpation.

A l'auscultation on trouve les signes classiques de la maladie : souffle systolique de la pointe, suivi du schéma de Durosiez, c'est-à-dire dédoublement du second temps, roulement diastolique et souffle présystolique.

Râles fins à la base droite du poumon, la malade a eu des hémoptysies à diverses reprises.

OBSERVATION IX

Recueillie à Valines (Somme) dans la clientèle du Dr Poyet
(de Fressenneville)

4 mai 1905. — M^{me} D..., soixante-quatorze ans, observée en pleine asystolie, à la période terminale.

Le myocarde est devenu insuffisant, n'obéit plus à la digitale, ni à la caféine.

Oligurie. Cyanose du visage et des extrémités. Epanchement pleural bilatéral.

Cœur. — Battements faibles, irréguliers, murmure asystolique de Parrot.

6 mai. — Mort.

La malade présentait un psoriasis du cuir chevelu très étendu. Aux coudes on trouvait les éléments caractéristiques du psoriasis.

OBSERVATION X

(Dispensaire spécial de la préfecture de police (Maison de Saint-Lazare). Le 23 juin 1906).

Psoriasis. — *Insuffisance mitrale.*

B..., dix-neuf ans, mécanicien, vient consulter pour une affection cutanée (psoriasis) qu'il s' imagine être de nature syphilitique.

N'a pas d'antécédents pathologiques intéressants ; parents : père bien portant, la mère a eu des coliques néphrétiques.

Psoriasis aigu, s'accompagnant de prurit au niveau des membres inférieurs.

Eruption papuleuse, éléments rouge vif, suintants, le grattage provoque un piqueté hémorragique. Éléments sur le gland ressemblant à des plaques muqueuses.

L'affection semble de date plus ancienne que ne le pense le malade. Il avait depuis longtemps remarqué au coude des « taches » squameuses. Le psoriasis se présente en ce moment à l'état aigu.

Le malade est pâle, aspect chétif, souffreteux ; facilement dyspnéique.

L'auscultation du cœur permet de reconnaître un souffle organique de la pointe, léger, mais se dirigeant vers l'aisselle, non modifié par l'attitude du malade, nettement systolique.

Le sujet ne se souvient pas avoir été atteint de rhumatisme articulaire aigu.

CHAPITRE III

Quelles déductions tirer de ces dix observations ?

Dans dix cas nous remarquons la coexistence absolument certaine d'un psoriasis et d'une lésion cardiaque. Dans les observations I, VI, VIII, nous pouvons être à peu près certain d'avoir trouvé le rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents de nos malades. Il en est sans doute de même dans l'observation II.

Si des cardiopathes n'ont gardé aucun souvenir d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, le fait n'a rien qui puisse nous étonner. Le rhumatisme a pu survenir pendant l'enfance.

On sait que les lois de Bouillaud sur le rhumatisme ne s'appliquent pas au jeune âge.

Chez l'enfant les localisations abarticulaires du rhumatisme sont fréquentes, parfois fort graves, tandis que les localisations articulaires sont tout à fait minimales.

Une péricardite, une endocardite survenant au milieu d'une période fébrile, peuvent fort bien se produire en ne s'accompagnant que d'une douleur

très modérée au niveau d'une jointure isolée, et le clinicien la découvrira seulement parce que son attention aura été mise en éveil par la constatation des signes cardiaques. Méconnu souvent au moment de sa période d'action, le rhumatisme laisse cependant bien des fois chez l'enfant une trace ineffaçable : la lésion cardiaque, lésion valvulaire, symphyse péricardique, etc., qui représente en quelque sorte la signature du rhumatisme.

En interrogeant des psoriasiques, qui ceux-là avaient un cœur normal, il nous a été facile parfois de retrouver dans les antécédents le rhumatisme articulaire aigu, d'en faire le diagnostic rétrospectif.

Avant l'apparition de la dermatose, deux ans, quatre ans auparavant (le psoriasis, maladie de la jeunesse, apparaît le plus souvent de dix-huit à vingt-quatre ans), le malade a eu des douleurs aiguës dans les jointures, il en a gardé un souvenir très net, il se rappelle soit le diagnostic du médecin, soit le traitement salicylé, il sait qu'à cette époque il a eu une fièvre violente, qu'il a été obligé de rester au lit, ou bien qu'on le soumettait au régime lacté.

Rien de tout cela dans les arthropathies du psoriasis, postérieures à l'apparition de la dermatose, survenant le plus souvent d'une façon tardive, apyrétiques, non influencées par le salicylate de soude.

Il ne serait pas illogique, dans les cas que nous avons observés, de rattacher ces deux affections coexistantes si différentes : cardiopathie, lésions vis-

cérale d'une part, psoriasis, lésion cutanée de l'autre à une même cause primitive rhumatismale. Le vieil adage scholastique : *post hoc, ergo propter hoc*, si sujet à caution qu'il soit, ne perd pas ses droits.

Le même principe rhumatismal : virus, microbe ou toxine agirait simultanément, et de façons différentes sur la peau et sur l'endocarde.

Dans cet ordre d'idées était la théorie de Bœck (1), qui fit quelque bruit en Allemagne vers 1887. Aujourd'hui, elle est délaissée. Bœck n'avait pas signalé de cardiopathies, mais il avait bien noté le rhumatisme articulaire aigu dans les antécédents des psoriasiques, et l'avait soigneusement distingué des arthropathies psoriasiques proprement dites.

On objectera ce fait : le psoriasis n'apparaît que longtemps après le rhumatisme. Dans les observations que nous venons de citer, les accidents cardiaques et cutanés sont apparus deux ans, quatre ans et même plus après le rhumatisme.

A cette objection, il est aisé de répondre ; l'une et l'autre affections mettent un certain temps à évoluer, la lésion cardiaque peut rester longtemps inaperçue, ne détermine généralement pas de troubles appréciables, et ce n'est, souvent, que lorsque la compensation ne se fait plus, ou se fait mal, que le médecin pose le diagnostic.

De même pour la dermatose, elle peut rester longtemps discrète, caractérisée uniquement par quelques

1. Bœck. *Ætiologie f. Psoriasis*. Leipzig, 1887.

éléments, auxquels le patient ne prend point garde.

Le psoriasis n'a pas forcément un début à grand fracas, ne donne pas toujours lieu à ces éruptions généralisées, à ces formidables poussées aiguës que l'on diagnostique au premier coup d'œil.

D'ailleurs, rien d'étonnant à ce que l'on constate des accidents à longue échéance après une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Sommes-nous certains qu'un rhumatisant soit complètement guéri, lorsque les douleurs articulaires ont disparu, que la fièvre, avec tout son cortège desymptômes, est éteinte? Citons à ce propos une phrase de A. Garrod, rapportée par Ettinger dans l'article : Rhumatisme articulaire aigu d'un traité classique :

«... Une première attaque prédispose à une seconde,
« de telle sorte qu'on peut se demander, non sans rai-
« son, si malgré l'absence de poussées articulaires, le
« malade n'est pas et ne reste pas pendant long-
« temps, un rhumatisant, en un mot, si le rhuma-
« tisme n'agirait pas à la façon de certaines mala-
« dies infectieuses, telles que l'impaludisme ou la
« syphilis. »

Admettons pour un instant que ces cardiopathies observées ne soient pas dues au rhumatisme articulaire aigu, à quoi les rapporter ?

A des infections aiguës anciennes ? typhoïde, pneumonie, érysipèle, grippe, scarlatine, etc. ; c'est bien peu probable, outre que ces maladies épargnent l'endocarde dans la majorité des cas, il serait bien extraordinaire de les voir, si différentes les unes

des autres, arriver toutes à ce même résultat : frapper l'endocarde chez les psoriasiques.

Alors, à la syphilis ? aucun de nos dix malades ne paraissait en être atteint.

1 A la goutte ? chez des sujets jeunes, le fait est impossible.

Au rhumatisme chronique ? Charcot montre en effet, que le rhumatisme chronique peut s'accompagner de lésions cardiaques.

Mais le rhumatisme chronique, qui comporte bien des variétés, ne peut admettre dans son cadre les arthropathies, les psoriasiques.

Les arthropathies diffèrent en effet du rhumatisme chronique, non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue anatomo-pathologique ; les premières atteignant de préférence le tissu fibreux, le second ayant une prédilection pour le tissu osseux.

Les arthropathies psoriasiques ont une physionomie, un caractère qui leur est propre.

C'est donc bien le rhumatisme articulaire aigu, la polyarthrite aiguë rhumatismale qui est la cause des cardiopathies observées chez nos malades.

Est-il aussi la cause du psoriasis ? Nous croyons pouvoir répondre par l'affirmative ; du moins pour certains cas ; il ne faudrait pas généraliser ; puisque nous l'avons déjà dit plus haut, de l'avis de certains auteurs, le psoriasis n'est pas une entité morbide, mais un syndrome cutané.

Nous allons essayer de montrer quels liens de

parenté existent entre le psoriasis et le rhumatisme articulaire aigu. Mais auparavant il nous faut rechercher les différentes étiologies du psoriasis qui ont été proposées par les auteurs.

Nous verrons par la suite que ces théories si différentes, si contradictoires en apparence, pourraient peut-être jusqu'à un certain point être conciliées, en admettant les faits que nous avons présentés plus haut.

Les théories pathogéniques émises au sujet du psoriasis peuvent se ramener aux suivantes :

1^o *Théorie dyscrasique: l'arthritisme.*

2^o *Théorie parasitaire ;*

3^o *Prédisposition locale héréditaire ;*

4^o *Origine nerveuse.*

M. le professeur Gaucher est un partisan de la théorie dyscrasique du psoriasis : « *Le psoriasis est une affection de cause diathésique qui se manifeste surtout à l'âge adulte après la puberté ; mais il a été rencontré chez des enfants... principalement dans des cas directement héréditaires.* » Gaucher, *in Brouardel et Gilbert.*

Les psoriasiques sont des arthritiques, on trouve chez leurs ascendants des goutteux, des calculeux, des diabétiques, etc. ; eux-mêmes sont sujets à la migraine, aux accès d'asthme, aux hémorroïdes ; on voit même des accidents métastatiques survenir lorsqu'un traitement intempestif supprime brusquement la dermatose.

La théorie parasitaire est à peu près abandonnée

aujourd'hui. Le mode de développement de l'élément psoriasique, développement excentrique, avait été comparé à celui de latrichophytie de la peau, et d'autres affections mycosiques.

Lang et Wolf en Allemagne soutenaient vers 1887, la théorie parasitaire du psoriasis. A cette époque tout médecin de quelque envergure voulait avoir « microbe à son nom ». De nombreuses communications furent faites sur de prétendus agents pathogènes du psoriasis. Eklund n'avait décrit qu'une levure banale sous le nom de « *Lepocolla repens* ».

Pourtant des faits de contagion observés par des auteurs consciencieux sembleraient donner raison à cette théorie ; Unna a vu trois enfants être atteints de psoriasis dans une même famille après l'entrée d'une domestique atteinte de cette maladie.

Cautrell cite le fait d'un père et d'une mère atteints consécutivement à leur enfant.

Trapesnikow cite plusieurs cas de psoriasis transmis par un peignoir de bains.

L'expérimentation semblerait, elle aussi, donner raison à la théorie parasitaire.

Lassar aurait inoculé un lapin avec des squames de psoriasis. Tenholt aurait vu une éruption psoriasiforme développée chez des veaux se transmettre à des animaux de même espèce et aux individus qui les soignaient.

Tommasoli assure avoir communiqué le psoriasis au lapin.

Destot, élève d'Augagneur, aurait réussi à se l'ino-

culer lui-même au coude ; des papules typiques seraient apparues au bout de huit jours.

. Malgré l'autorité de tous ces auteurs, l'origine parasitaire du psoriasis semble peu probable. Les tentatives d'inoculation sont restées infructueuses, on n'a jamais pu reproduire les expériences de Lassar et de Tommasoli. Ducrey n'a eu que des succès dans ses essais d'inoculation, et quant aux cas authentiques de contagion de psoriasis, ils sont bien peu nombreux, la littérature médicale n'en compte que quelques exemples.

Aujourd'hui la théorie pathogénique du psoriasis la plus admise est la théorie nerveuse. Le psoriasis est un trouble trophonévrotique ou une névrose vasomotrice.

Polotebnoff et Kuznitzky ont été les premiers à soutenir cette théorie qui paraît la plus logique. Nous verrons plus loin combien elle s'accommoderait de l'origine rhumatismale du psoriasis.

Kuznitzky s'appuie sur les localisations unilatérales de l'éruption et sur les cas où elle est survenue après un traumatisme pour soutenir une théorie analogue.

Suivant lui « l'intervention d'une irritation quelconque de la peau, bien que passagère, sur des districts vasculaires dont la tonicité se trouve déjà altérée par suite d'un état chronique héréditaire ou acquis, d'irritabilité de leurs centres d'innervation spinaux, est indispensable à la production de l'éruption.

« Il y a excitation des vaso-dilatateurs ; le pro-
« cessus mérite le nom *d'angio-éréthique*. On peut
« rapporter à cette même cause l'origine des arthro-
« pathies : on s'explique de même comment le psoria-
« sis peut se développer sous l'influence de troubles
« psychiques. Il est possible que le trouble initial de
« l'innervation se rattache parfois à une altération
« matérielle de l'axe spinal. »

Thibierge, Hallopeau, Gasne ont décrit des cas dans lesquels l'éruption psoriasique s'est cantonnée exclusivement dans la sphère de distribution d'un ou de plusieurs nerfs (origine métamérique).

On a vu intervenir comme causes occasionnelles des chagrins, des émotions, des maladies infectieuses, des traumatismes ; on l'a vu apparaître pendant la grossesse, après une injection de sérum antidiphthérique (Barbier), au niveau de tatouages ou de traces de vaccin.

Un traumatisme répété déterminerait la localisation du psoriasis (genoux et coudes ; cas de Hallopeau : psoriasis apparaissant chez un porteur de la halle à l'endroit où les courroies de cuir d'une hotte déterminent un frottement continu), pression d'un bandage herniaire, frottement d'un col empesé.

Dans tous ces derniers cas, on peut invoquer la théorie de la prédisposition locale héréditaire.

Mais comment ne pas accorder le plus grand crédit à la théorie nerveuse, en constatant les troubles nerveux les plus variés chez les psoriasiques.

Station chancelante lorsqu'on ferme les yeux,

diminution ou abolition des réflexes patellaires, dilatation des pupilles, augmentation de la sensibilité électro-cutanée, abaissement de la température, diminution de la sécrétion urinaire, exagération des sécrétions de la peau.

Les arthropathies elles aussi semblent bien être sous la dépendance d'une lésion nerveuse centrale ; à moins que l'on n'admette, comme Bernay et Piéry, une infection hématique ; les arthropathies et les troubles de l'innervation s'expliqueraient ainsi ; mais Bernay et Piéry se demandaient si cette infection n'est pas secondaire à l'introduction du parasite cutané du psoriasis.

Les arthropathies peuvent s'expliquer ainsi, soit par une pénétration du parasite ou de ses toxines dans la circulation, soit par un trouble réflexe dans l'innervation trophique.

En somme, les idées les plus diverses règnent encore aujourd'hui sur l'origine du psoriasis.

Est-ce un trouble trophonévrotique ? Ou bien est-ce une manifestation de l'arthritisme, comme l'eczéma, ainsi que le veut M. le professeur Gaucher ? ou encore est-il dû à une prédisposition locale héréditaire ?

Est-il parasitaire ?

Toutes ces hypothèses sont fondées sur des arguments sérieux. Cependant, il nous semble bien légitime de laisser de côté la théorie parasitaire qui n'a plus de partisans à l'heure actuelle, et ne s'accorde point avec la clinique.

Considérons, pour un instant, le psoriasis comme d'origine trophonévrotique ; dans ce cas, une infection générale aiguë ou chronique, telle que le rhumatisme, ne pourrait-elle pas lui donner naissance ?

Le rhumatisme articulaire a sur le système nerveux périphérique et central une action bien connue.

Sur les terminaisons nerveuses cutanées en particulier, son action est manifeste, et il est curieux de constater que c'est là où elle est au maxima, c'est-à-dire au voisinage des articulations, qu'apparaîtra l'élément psoriasique.

Barbillon (cité par Cœttinger dans le *Traité de Charcot et Bouchard*) a bien étudié cette action du rhumatisme au moment des manifestations articulaires :

« En dehors des phénomènes douloureux localisés
« aux tissus articulaires ou périarticulaires, on
« observe encore des troubles de la sensibilité cuta-
« née.

« C'est ainsi que la sensibilité au tact ou à la dou-
« leur peut être notablement diminuée ou bien au
« contraire exaltée.

« Il y a même perversion dans les sensations ther-
« miques. Le plus souvent la sensibilité au froid est
« diminuée tandis que la sensibilité à la chaleur
« est exagérée.

« Plus encore que ces diverses sensibilités, la sen-
« sibilité électrique est notablement diminuée, c'est
« ainsi que Barbillon a montré que la sensibilité
« faradique très diminuée ou entièrement abolie non

« seulement au voisinage de la lésion malade, mais
« encore sur toute la surface du membre rhumatisé.
« Drosdoff affirme même que ces troubles de la sen-
« sibilité faradique peuvent s'observer avant que ne
« survienne aucun signe d'inflammation articulaire.

« C'est donc à l'action du virus rhumatismal sur
« les téguments et sur les nerfs périphériques qu'il
« faudrait attribuer ces différents troubles de la sen-
« sibilité générale. »

Montegazza trouve chez les psoriasiques diminu-
tion de la sensibilité cutanée et de la sensibilité
électrique.

Ne pourrait-on admettre que ce même virus rhu-
matismal dont parle Barbillon, qui agit si énergi-
quement sur les nerfs périphériques *et dont l'action*
persiste longtemps, ne pourrait être capable de pro-
voquer l'apparition d'éléments psoriasiques ?

Toutes les théories que nous avons rapportées peu-
vent être conciliées ainsi.

Le psoriasis serait bien d'origine nerveuse, mais
les lésions nerveuses seraient secondaires à une ou
plusieurs attaques de rhumatisme antérieur.

Dans ce cas, rien n'empêche d'admettre la prédis-
position héréditaire, et même l'action locale comme
le veut Polotebnoff, ou l'arthritisme, comme le pré-
tend M. le professeur Gaucher.

Si, à l'exemple de M. Aubry (de Toulouse), auteur
de l'article : psoriasis, dans le *Traité de Brocq et Jac-*
quet, si le psoriasis est un syndrome cutané et non

une entité morbide, notre hypothèse resterait encore admissible.

Le rhumatisme articulaire aigu n'est pas la seule maladie capable d'avoir une pareille action sur les nerfs périphériques, et de provoquer l'apparition de l'éruption psoriasique longtemps après. Ainsi, une infection quelconque pourrait secondairement le provoquer.

Mais, nous ne voulons pas rester plus longtemps dans le domaine des hypothèses, nous avons voulu simplement montrer que la théorie rhumatismale du psoriasis était, au point de vue pathologique, facile à soutenir et qu'elle n'était pas inconciliable avec les autres théories admises jusqu'à ce jour.

CHAPITRE IV

Endocardite et Métastases psoriasiques

Ayant signalé la coexistence de la dermatose et de la cardiopathie, il serait logique de nous demander quelle influence ces deux affections peuvent avoir l'une sur l'autre.

La question des métastases a été souvent soulevée en dermatologie.

Gilbert dans son *Traité des maladies de la peau* (1834) s'exprime en ces termes : « Il n'est pas très rare de voir les maladies cutanées se terminer par métastase ; soit que leur suppression entraîne l'affection d'un autre organe que la peau, soit que cette affection elle-même préexistant, devienne assez intense pour amener la disparition de la maladie cutanée, soit enfin que dans quelques cas il faille admettre le transport de cette espèce de principe mobile que nos prédécesseurs n'hésitent pas à désigner sous le nom de principe dartreux. »

En clinique, on observe assez souvent à la suite

de la suppression d'un eczéma des accidents viscéraux : accès de goutte, coliques néphrétiques, migraines, etc.

De même après certains ulcères variqueux suintants ; le vulgaire redoute de voir le médecin faire disparaître rapidement l'impétigo chez les enfants, craignant que « cela ne leur tombe sur les yeux ».

Mais, chez les psoriasiques, on peut admettre aussi que l'affection cutanée joue un certain rôle dans l'état général du malade ; M. le professeur Gauthier a vu survenir après la disparition de l'éruption psoriasique, des rhumatismes articulaires aigus avec endocardite, des dyspepsies faisant craindre un cancer gastrique (1), des accès d'asthme.

Pourtant le fait est rare, et l'on voit trop souvent des psoriasiques être guéris de leur éruption sans éprouver aucun trouble de cette nature, pour redouter d'instituer un traitement.

Le psoriasis joue peut-être sur le cœur une action bienfaisante, en jouant le rôle de révulsif, son action « angio-éréthique » favorise peut-être le bon fonctionnement de cet organe, car la plupart des malades que nous avons vus avaient un bon état général ; la lésion cardiaque, quand elle existait, paraissait bien compensée.

La lésion psoriasis, l'irritation produite du côté de la peau, joue peut-être le rôle d'un de ces cautères

1. On a décrit des dégénérescences épithéliomateuses des éléments psoriasiques.

qu'on voit encore aujourd'hui prescrire avec succès chez les cardiaques dans le service de M. le professeur Dieulafoy.

Il est peu probable que le psoriasis ait un rôle émonctoire comme on en a attribué un à l'eczéma. Ce n'est pas une dermatose humide, suintante, comme l'eczéma. Il est plus probable que le psoriasis agit (si toutefois cette hypothèse vraisemblable peut être un jour démontrée) sur la circulation périphérique, empêchant les stases viscérales, comme si la nature voulait, elle-même, provoquer une action révulsive sur les téguments. Il ne serait point étonnant, en pareil cas, de voir des accidents métastatiques apparaître, lorsque cette action bienfaisante ne se manifeste plus, c'est-à-dire lorsque le psoriasis est guéri.

A ce propos nous citerons une observation fort curieuse, citée par Quinquaud dans sa thèse d'agrégation (*Métastases*, 1880). Elle fut prise par M. le professeur Gaucher, lorsqu'il était interne à l'hôpital Saint-Louis en 1879.

Observation de M. le professeur Gaucher, alors interne à Saint-Louis (1879) citée par Quinquaud, *in* thèse d'agrégation : *Métastases*, 1880.

Le nommé L..., âgé de trente ans, prêtre, entré le 25 juin 1879 à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Gabrielle n° 4. Son grand-père est mort goutteux, son frère est goutteux : depuis l'âge de dix-sept ans environ, il a un psoriasis généralisé — un peu sur les ongles — on lui fait suivre un traitement approprié.

Au moment de sortir guéri, le 1^{er} août, il est pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, dans les membres inférieurs. C'était la première fois qu'il en était atteint.

Salicylate de soude 2 grammes.

3 août. — Les quatre membres sont pris, le psoriasis est net.

5 août. — On remplace par du sulfate de quinine le salicylate de soude qui lui donne des nausées ; le malade est très inquiet de son état.

Le 7. — Les jambes n'ont plus rien, les bras sont immobilisés, moins de fièvre, éruption de sudamina.

Le malade est toujours inquiet de son état. On supprime le sulfate de quinine. *Le psoriasis a disparu.*

Le 11. — Le malade est mieux, cependant il est très inquiet, agité, peureux ; ses douleurs ont presque disparu, sudamina.

On prescrit un bain de vapeur et on continue le sulfate de quinine.

Le soir : température 38° 2 ; pouls 96, plus de douleurs articulaires, un peu de délire et de malaise.

Le 12. — *Bruits du cœur enrourés*, début d'endocardite ; température 40° 6 ; dix ventouses dont deux scarifiées.

Le soir même état ; température 40° 8, potion avec chloral.

Le 13. — Le malade a dormi d'un profond sommeil. Au matin il a du délire, de l'agitation, pas de céphalalgie ; ses pupilles sont contractées, la parole entrecoupée, haletante. La miliaire est un peu plus pâle. On sent très bien la pointe du cœur. Toujours le même enrourlement des bruits, pas de souffle. Température 41° 4 ; pouls 100. On continue le chloral et on donne des bains froids.

A 1 heure : bain à 39°.

A 2 heures : température 39° 1.

A 3 h. 45, bain (troisième) à 30°.

A 7 heures : température 39° 1. L'état n'est pas plus grave. Les douleurs articulaires reviennent dans l'épaule gauche, de 8 heures à 10 heures. Sommeil, mâchonnement, paroles entrecoupées, soupirs.

A 10 h. 15 : température 40° 8, pouls 112.

Rien de nouveau au cœur, ni dans la poitrine.

A 10 h. 1/2 : température 40° 1.

Bain (quatrième) à 29°.

A 11 heures : température 39°.

Le 14. — A 3 heures du matin, température 40° 1, bain (cinquième) à 29°.

A 3 h. 35 du matin : température 38° 1.

A 3 h. 45 un peu de céphalalgie ; température 40° 4, bain (sixième) à 29°.

A 9 h. 45 : température 38°, douleurs vagues dans les jointures, urines légèrement albumineuses.

A 3 h. 20 : température 40°, bain (septième) à 30°.

A 4 heures : température 38° 2.

A 7 h. 20 : température 40° 1 ; bain (huitième) à 29°.

A 7 h. 40 : température 38°.

A minuit 10 : température 40° 1, bain (neuvième) à 27°.

A minuit 25 : température 38°.

Le 15. — A 7 h. 55 du matin ; température 40°, bain (dixième) à 27°.

A 8 h. 20 : température 38° 1.

A 10 h. 1/2 : température 38° 8.

La nuit a été bonne, le malade a dormi, irrégularités passagères du pouls et des battements du cœur.

A 11 heures elles ont disparu.

Quantité d'urine, 2.000 grammes.

A 3 h. 10 : température 40°, bain (onzième) à 28°.

A 3 h. 25 : température 38°.

A 4 h. 1/2, somnolence et délire tranquille, le malade est irritable, mécontent des soins qu'on lui donne, il remue constamment les bras.

Convulsions partielles des muscles de la face ; pouls et cœur réguliers.

A 7 h. 10 : température 40°, bain (douzième) à 29°.

A 7 h. 50 : température 38° 3.

A minuit 20 : température 40°, bain (treizième) à 28°.

A minuit 40 : température 38° 1.

Le 16. — A 7 heures 50 du matin : température 40°, bain (quatorzième) à 27°.

A 8 h. 20 : température 38° 2, le pouls est à 68, il est régulier ; le malade est beaucoup mieux, il n'a pas de délire, pas de douleur, ni de gonflement articulaire.

Urine 2.000 grammes, beaucoup moins d'albumine.

Le malade ne va pas à la selle, lavement purgatif.

Le 17. — On a cessé les bains.

La température n'est pas montée au-dessus de 39° 1.

Urines 3.000 grammes, pas d'albumine.

Le soir, le mieux continue, température maximum 39°.

Le 18. — Même état.

Le 19. — Température 38° 6. Le malade est guéri. Il reste toujours un peu somnolent.

Bruits du cœur encore un peu sourds, sans souffle.

Le 21. — Douleur épaule droite, rien au cœur.

Le 22. — Température le matin 38°2.

Le 23. — Bruits du cœur toujours un peu enrourés, pas de souffle.

Rien dans la poitrine.

Sulfate de quinine 0 gr. 20.

Le 24. — Les douleurs sont revenues dans les quatre membres.

Bruits du cœur sourds. Respiration légèrement puérile à gauche.

Le 25. — Température 37° 6. Rien dans les poumons.

Le 27. — Température 38°2. Encore un peu de miliaires sur le cou.

Le 28. — Les douleurs des jointures sont les mêmes.

Le malade ouvre difficilement la bouche, il a la face et le cou bouffis et un gonflement œdémateux de la main gauche.

Il est toujours inquiet, morose, mécontent, pas d'albumine dans l'urine.

Température le matin 37°4.

Température le soir, 38°.

Le 29. — Température le matin 38°.

Le 6 septembre. — Rétention d'urine depuis la veille au soir, cathétérisme; le passage au niveau du col est douloureux.

Le 12 septembre. — Le malade sort guéri, mais encore faible et retourne dans son pays, *plus de trace de psoriasis*.

L'observation de M. le professeur Gaucher est intéressante à beaucoup de points de vue. Il s'agit

d'un sujet ayant une attaque de rhumatisme articulaire aigu et chez qui l'encéphalopathie rhumatismale va apparaître. Chose curieuse, lorsque le cœur commence à être touché, le psoriasis disparaît. Comme s'il y avait « sympathie » entre le cœur et les téguments.

Quinquaud voudrait même, « ... dans les dartres, « lorsque des asthmes, des entérites marchent en sens « inverse de l'efflorescence cutanée, qu'on respecte « jusqu'à un certain point l'affection de la peau, et « lorsqu'il y aura obligation de guérir la dartre, de « créer un exutoire permanent pour atténuer les « accidents ».

Cette notion n'est pas nouvelle. Aretée de Cappadoce, sur ce sujet, s'exprime ainsi :

Maximum periculum imminet si vetus herpes sponte evanescat, vel arte retrocedat.

Psoriasis et salicylate de soude

Parmi les innombrables médicaments qui ont été employés contre le psoriasis à l'intérieur et à l'extérieur, très peu ont subsisté dans la thérapeutique courante.

L'iodure de potassium et surtout la liqueur de Fowler à l'intérieur se donnent habituellement, l'huile de cade est restée le remède héroïque de psoriasis à l'extérieur. La liste des médicaments employés contre cette dermatose serait très longue, s'il fallait

les citer tous. Cependant, l'un d'eux eut assez de succès en Angleterre vers 1885, il y est même encore assez couramment employé, c'est le salicylate de soude qui fut préconisé par Crooker.

Besnier à un certain moment, prescrivait aussi le salicylate de soude aux psoriasiques.

Le salicylate de soude, d'ailleurs était prescrit en vue de la dermatose, et non pas contre les arthropathies psoriasiques, qui ne sont pas influencées par le salicylate.

Nous ne voulons pas tirer de cet emploi du salicylate de soude dans le psoriasis la conclusion suivante : que le psoriasis est de nature rhumatismale.

Il est certain que le salicylate de soude n'a point d'action spécifique en pareil cas ; mais n'est-il point curieux de voir le remède du rhumatisme agir d'une façon heureuse, sur une dermatose, qui, à notre humble avis, en est une séquelle, dans bien des cas.

CONCLUSIONS

1° On observe parfois chez les psoriasiques, en auscultant systématiquement le cœur, des lésions valvulaires.

2° Les malades atteints de psoriasis ont été souvent, antérieurement à l'apparition de la dermatose, et de l'affection cardiaque, atteints de rhumatisme articulaire aigu. Le diagnostic rétrospectif est possible souvent.

3° Il paraît logique, dans certains cas, de rattacher à la même cause primitive rhumatismale, l'affection cutanée et l'affection cardiaque, le même principe rhumatismal agissant sur la peau et sur le cœur.

4° Des théories nombreuses ont été émises au sujet de la pathogénie du psoriasis (syndrome cutané et non entité morbide, d'après quelques auteurs), il paraît possible de soutenir la théorie rhumatismale du psoriasis, aujourd'hui peu en faveur. Nous avons essayé d'apporter des arguments cliniques nouveaux à cette théorie : la lésion cardiaque est la signature même du psoriasis.

Des arguments d'ordre pathologique et d'ordre thérapeutique militent dans le même sens.

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- GIBERT (M.). — Manuel des maladies spéciales de la peau, 1834.
- QUINQUAUD. — Thèse d'agrégation. Métastases, 1880 (observation de Gaucher).
- BARBILLON. — Sensibilité cutanée dans le rhumatisme. Thèse de doctorat. Paris, 1888.
- GAUCHER. — In Traité de médecine Brouardel et Gilbert. Maladies de la peau.
- AUBRY. — In Pratique dermatologique de Brocq et Jacquet.
- THIBIERGE. — In Traité de médecine et de thérapeutique de Brouardel et Gilbert.
- ÖETTINGER. — In Traité de médecine de Charcot-Bouchard, article Rhumatisme articulaire aigu.
- GAUCHER et HENNERY. — Psoriasis palmaire atypique (Société française de dermatologie, 1899).
- KUZNITZKY. — Arch. fr. Derm. Bd XXVIII.
- THIBIERGE. — A. D. 1893.
- HALLOPEAU et GASNE. — Psoriasis avec localisations suivant des sphères de distribution nerveuse, S. D. F. 1898.
- GASSMANN. — Casuistischer Beitrag zur Psoriasis A. F. D. 1899. Bd LXIX.
- BOECK. — Ätiologie f. psoriasis. Leipzig, 1887.

HALLOPEAU et GARDNER. — Psoriasis localisé à des cicatrices
laissées par des pointes de feu (S. F. D., 1899).

VIGNAL. — Psoriasis vaccinal. Paris, 1897.

CROCKER (R.). — London dermat. Soc., 1897.

HALLOPEAU. — Dermatose seborrhéique aboutissant au psoriasis. S. F. D. juillet 1899.

GAUCHER. — Deuxième congrès international de dermatologie.
Vienne, 1899.

RILLE. — Ueber Leukoderma in Folge von Psoriasis vulgaris,
(dermat. Zeitschr., novembre 1899).

JACQUET. — Presse médicale, mai 1906.

HALLÉ. — Arthropathies du psoriasis.